

# 問診票

初診日 20 年 月 日

飼い主様ご氏名（フリガナ）	電話番号 自宅 携帯
ご住所 〒	

診察ご希望のペットについて

わかる範囲で結構ですでお答えください。

動物のお名前	動物種 犬・猫・その他（ ）	品種
	生年月日 年 月 日（ 歳）	
性別 オス・メス・去勢・避妊	毛色	ペット保険に加入していますか？ いいえ・はい（保険会社 ）
どのようにしてお家へ来ましたか？ ペットショップ・ブリーダー・拾った・知り合いから譲渡・里親募集・一時的に預かっている・その他（ ）		
飼育環境を教えてください 室内のみ・室内と屋外・ほとんど屋外	同居の動物はいますか？ いいえ・はい（種類： 頭数： ）	
食事内容を教えてください。 1日（ ）回 ドライフード・ウェットフード・手作り食・その他（ ） わかる範囲で銘柄を教えてください（ ）		
おやつは与えていますか？ いいえ・はい（歯磨きガム・ジャーキー・ビスケット・その他： ）		
予防について教えてください 狂犬病ワクチン 接種していない・している(時期： ) 混合ワクチン 接種していない・している(時期： ( )種混合・不明 フィラリア予防 していない・している（錠剤・おやつタイプ・注射・スポットタイプ） ノミ・ダニ予防 していない・している（スポット・飲み薬）		
いままでかかったことのある病気（手術・現在投薬中のお薬など）を教えてください		
注射やお薬で合わないのありましたか？ いいえ・はい（ ）		
本日はどうなさいましたか？ <input type="checkbox"/> 予防（ワクチン・フィラリア・ノミ・ダニ予防ほか） <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> ケア（爪切り、肛門腺など） <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 具合が悪いので診察を希望 症状： いつからですか？ 頃から そのことで治療を受けたことがありますか？ いいえ・はい（時期： ）		
当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ホームページ・ご近所・ご紹介（ 様より）・その他（ ）		